



လုံးလုံးလျားလျားထာဝစဉ်မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်းအတွက်အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုသူ၏ထွက်ဆိုချက်  
**Claimant' statement of Total and Permanent Disability**

အာမခံအကြံပေး၏အမည် / Name of Insurance Advisor: \_\_\_\_\_

အာမခံအကြံပေး၏ဖုန်းနံပါတ် / Insurance Advisor Phone Number: \_\_\_\_\_

- ကျေးဇူးပြု၍ ဤတောင်းဆိုမှုပုံစံကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် ဖြည့်စွက်ပါက BLOCK(စာလုံးကြီးဖြင့်) အက္ခရာများဖြင့်ဖြည့်ပြီးသင့်တော်သောအကွက် (များ) တွင် 'အမှတ်ခြစ်' ပါ။  
Please complete this claim form in BLOCK letters and put a 'tick' in the appropriate box(es).
- ပြင်ဆင်ချက်မှန်သမျှကိုတောင်းဆိုသူကအပြည့်အဝလက်မှတ်ထိုးရမည်။  
Any amendments must be endorsed by the claimant in full signature.
- နောက်ထပ်နေရာများလိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ ထပ်ဆင့်အချက်အလက်အတွက်တောင်းဆိုသူ၏လက်မှတ်ပါသောစာရွက်ပေါ်တွင်သာသုံးပါ။  
If more space is needed, please use the plain paper with claimant's signature for additional information
- ဤထွက်ဆိုချက်တွင်ပါရှိသော မည်သည့်အချက်အလက်အတွက်မဆို ပိုမိုရှင်းလင်းစေရန်အတွက် Manulife မှ ထပ်မံမေးမြန်းခွင့်ရှိသည်။  
Manulife reserves the right to seek further clarification on any information provided in this form.

<b>တောင်းဆိုမှုပြုလုပ်မည့်ပေါ်လစီ(များ) / Policy number(s) which claim is being made</b>		
ပေါ်လစီနံပါတ်(များ) / Policy Number(s)		
<b>1. အသက်အာမခံထားရှိသူ၏ အချက်အလက် / Information of Insured</b>		
အမည်အပြည့်အစုံ(မှတ်ပုံတင်/ပတ်စ်ပို့တွင် ပါရှိသည့်အတိုင်း) / Full name: (Name as shown on identity card/passport)  မြန်မာစာဖြင့် / In Myanmar: .....  အင်္ဂလိပ်စာဖြင့် / In English: .....	ကျား/မ /Gender  <input type="checkbox"/> ကျား / Male  <input type="checkbox"/> မ / Female	မှတ်ပုံတင်/ပတ်စ်ပို့/ Identity Card/ Passport/ .....  လူမျိုး / Nationality: .....  မွေးနေ့ / Date of Birth(DD/MM/YYYY) .....  ဖုန်းနံပါတ် / Contact number: .....
လိပ်စာရန် လိပ်စာ(ပြည့်စုံစွာရေးပါ။) / Correspondence address (Please provide full address): ..... ..... .....		

မသန်စွမ်းဖြစ်ခဲ့သည့်အလုပ်အကိုင် / Occupation at disability: .....		တာဝန်အပြည့်အစုံဖော်ပြပါ / Describe your duties fully: .....	
အလုပ်ရှင်၏အမည် / Employer's name: .....		အလုပ်ရှင်၏ဖုန်းနံပါတ် / Employer's Phone Number: .....	
အလုပ်ရှင်၏လိပ်စာ / Employer's Address: .....			
လက်ရှိအလုပ်တွင်နောက်ဆုံးလုပ်ကိုင်ခဲ့သောနေ့ကိုဖော်ပြပါ။ / Give date on which you last worked at your present regular occupation:(DD/MM/YYYY): ...../...../.....	အလုပ်ပြန်ဝင်နေ့လျှင် ပြန်ဝင်သည့်နေ့ကိုဖော်ပြပါ။ / If you have returned to work, give date of return: (DD/MM/YYYY): ...../...../.....	အလုပ်ပြန်မဝင်ရသေးလျှင် ပြန်ဝင်လိုသည့်နေ့ကိုဖော်ပြပါ။ / If you have not return to work, when do you expect:(DD/MM/YYYY): ...../...../.....	
ပျမ်းမျှလစာ / Average monthly salary: .....	ပျမ်းမျှလစာ / Average monthly salary: .....	ပျမ်းမျှလစာ / Average monthly salary: .....	
<input type="checkbox"/> အချိန်ပြည့် / Full Time <input type="checkbox"/> အချိန်ပိုင်း / Part Time	<input type="checkbox"/> အချိန်ပြည့် / Full Time <input type="checkbox"/> အချိန်ပိုင်း / Part Time	<input type="checkbox"/> အချိန်ပြည့် / Full Time <input type="checkbox"/> အချိန်ပိုင်း / Part Time	

မှတ်ချက် / Note:

- တောင်းဆိုမှုလုပ်ငန်းစဉ်ပြီးဆုံးပြီးပါက အကြောင်းကြားစာထုတ်ပြန်လိမ့်မည်။ /  
Notification will be issued upon full completion of the claim process.
- ဤပုံစံ သို့မဟုတ် အခြားတောင်းဆိုမှုများပုံစံများကို တောင်းဆိုသူအဆင်ပြေချောမွေ့စေရန်အတွက် ကုမ္ပဏီအနေဖြင့် မည်သည့်တာဝန်ကိုမှ လျှော့လွှဲပေးမည်မဟုတ်ပါ။ /  
In furnishing this or other claims forms for the convenience of the claimant, the Company does not admit any liability or waive any of its right.

2. မသန်စွမ်းဖြစ်စေသည့် အချက်အလက်များ / Information about cause of disability	
မသန်စွမ်းဖြစ်သွားကြောင်း ဆရာဝန်မှ ထုတ်ပြန်သည့်နေ့ / Date of disability issued by physician ..... (DD/MM/YYYY)	မသန်စွမ်းဖြစ်စေသည့်အကြောင်း / Cause of Disability: <input type="checkbox"/> နာမကျန်းဖြစ်ခြင်း / Illness ရောဂါအမည် / Diagnosis: ..... <input type="checkbox"/> မတော်တဆထိခိုက်မှု / Accident မတော်တဆမှု၏သဘာဝ / Nature of accident: ..... <input type="checkbox"/> အခြား / Others .....
အကယ်၍ မသန်စွမ်းဖြစ်ရသည့် အကြောင်းအရင်းမှာ နာမကျန်းဖြစ်ခြင်းကြောင့်ဖြစ်ပါက အောက်ပါတို့ကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။ / <b>If cause of disability is a result of illness, please fill the below information:</b> 1. .... / ..... (DD/MM/YYYY) နာမကျန်းစဖြစ်သည့်နေ့ / Date of illness first commenced:	

2. .... / ..... / .....  
(DD/MM/YYYY)

ကုသမှုစတင်ခံယူသည့်နေ့ / Date of first treatment:

3. ကုသပေးသည့်ဆရာဝန်၏အမည် / Name of attending physician:

.....

4. ကုသပေးသည့်ဆရာဝန်၏လိပ်စာ / Address of attending physician:

.....

မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်းသည် မတော်တဆမှုကြောင့်ဖြစ်ခဲ့လျှင် အောက်ပါတို့ကို ဖော်ပြပါ။ /

**If cause of disability is a result of accident, please state:**

1. .... / ..... / ..... ခွဲ (At): ..... နာရီ/(h)/ ..... မိနစ်/(min)  မနက်/(AM)  ည/(PM)

မတော်တဆဖြစ်ခဲ့သည့်နေ့ / Date of accident(DD/MM/YYYY):

2. မတော်တဆဖြစ်ခဲ့သည့်နေရာ / Place of accident happened:

.....

3. ကုသပေးသည့်ဆရာဝန်၏အမည် / Name of attending physician:

.....

4. ကုသပေးသည့်ဆရာဝန်၏လိပ်စာ / Address of attending physician:

.....

**3. နာမကျန်းဖြစ်ခြင်းကြောင့် သို့မဟုတ် မတော်တဆမှုကြောင့် မသန်မစွမ်းမဖြစ်မီ အခြေအနေတို့ကို ဖော်ပြပါ။ (လိုအပ်ပါက) /**

**Please describe in detail of the conditions and situation before accident happened or before getting the diagnosis until disability (if applicable).**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

လက်ရှိကုသမှုခံယူနေသည့် ဆရာဝန်၏ အမည်၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်းနံပါတ် (အကယ်၍ အထက်၌ဖော်ပြခဲ့သောဆရာဝန်မဟုတ်ခဲ့လျှင်) /

Name, address & phone number of the present attending physician (If other than physician mention above)

ဆရာဝန်အမည်/Name of doctor	လိပ်စာ/Address	ဖုန်းနံပါတ်/Contact Number	နေ့စွဲ/Date

ဤမသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်းကြောင့်ဖြစ်စေ၊ အခြားအကြောင်းကြောင့်ဖြစ်စေ အခြားဆရာဝန်နှင့် ပြသဖူးခြင်း ရှိပါသလား? /  ရှိ/Yes  မရှိ/No  
 Have you consulted any other doctor because of your present disability or for any other reason during the last two years?

ဆရာဝန်အမည်/ Name of doctor	လိပ်စာ/Address	ဖုန်းနံပါတ်/ Contact Number	နေ့စွဲ/Date	အကြောင်းအရင်း/Reasons

**4. မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်းကြောင့်ရရှိမည့်အခြားဝင်ငွေများ / Information about other Disability Income.**  
**အခြားကာကွယ်မှုအကျိုးခံစားခွင့်များရှိပါသလား? / Do you have any other Income Protection Cover? Overhead Expenses Cover?**

ဝင်ငွေရလမ်း(လစာ၊ အစိုးရအာမခံ အကျိုးခံစားခွင့်၊ အခြား) / Source of Income (Salary, Insurance, Government Benefit, Others)	ယခု ရရှိနေပါပြီ လား? / Are you now receiving?	ရရှိရန် ရှိပါသလား? / Do you expect to receive?	လျော်ကြေး တောင်းဆိုထား သည့်နေ့/ Date Claim was filed?	လျော်ကြေးစတင်ပေးသည့်နေ့/ Date Payment begins?	လျော်ကြေး ပြီးဆုံးသည့် နေ့/ Date payment End?	လစဉ် သို့မဟုတ် အပတ်စဉ် (ငွေကြေးကိုဖော်ပြပါ) / Amount Per week or month (Please specify currency)
	<input type="checkbox"/> ရရှိ/Yes <input type="checkbox"/> မရရှိ/No	<input type="checkbox"/> ရှိ/Yes <input type="checkbox"/> မရှိ/No	.../.../...	.../.../...	.../.../...	<input type="checkbox"/> အပတ်/wk <input type="checkbox"/> လ/mth
	<input type="checkbox"/> ရရှိ/Yes <input type="checkbox"/> မရရှိ/No	<input type="checkbox"/> ရှိ/Yes <input type="checkbox"/> မရှိ/No	.../.../...	.../.../...	.../.../...	<input type="checkbox"/> အပတ်/wk <input type="checkbox"/> လ/mth
	<input type="checkbox"/> ရရှိ/Yes <input type="checkbox"/> မရရှိ/No	<input type="checkbox"/> ရှိ/Yes <input type="checkbox"/> မရှိ/No	.../.../...	.../.../...	.../.../...	<input type="checkbox"/> အပတ်/wk <input type="checkbox"/> လ/mth

အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများ သို့မဟုတ် အလုပ်သမားလျော်ကြေးများတွင်လည်း အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုရန် ရှိပါသလား? / Has or will a Claim be filed with any other insurance company, Workmen's Compensation, etc?  ရှိ/Yes  မရှိ/No  
 ရှိခဲ့လျှင် ဖော်ပြပါ။ / If yes, please provide details

ကုမ္ပဏီအမည်/ Company Name	ပေါ်လစီနံပါတ်/ Policy number	ထုတ်ပေးသည့်နေ့/ Issue Date	ဝင်ငွေအကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏ/ Amount of income benefit	အပတ်စဉ်/လစဉ်/နှစ်စဉ်/ Weekly/Monthly/Yearly

5. လျော်ကြေးငွေရယူမည့် နည်းလမ်း / Payment Instructions	6. ပရီမီယံလျှော့ငွေပေးခြင်း / Waiver of Premium
<input type="checkbox"/> ချက်လက်မှတ် / Cheque <ul style="list-style-type: none"> <li>○ အာမခံအကြံပေးမှထုတ်ယူပေးမည် / Pick up by my insurance advisor</li> <li>○ ကိုယ်တိုင်ထုတ်ယူမည် / Pick up by my self</li> </ul> <input type="checkbox"/> တောင်းဆိုသူ ရုံးတွင်လာရောက်ထုတ်ယူခြင်း / Claimant pick up at Office <input type="checkbox"/> ဘဏ်လွှဲ / Bank Transfer	<input type="checkbox"/> ပရီမီယံကင်းလွတ်ခွင့် / Waiver of Premium

7. ကြေညာချက်နှင့် အခွင့်အာဏာပေးအပ်ခြင်း / Declaration and Authorization
<p>ကျွန်ုပ်သည် ဤပုံစံပါသတင်းအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်သိသမျှအကောင်းဆုံးနှင့်ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားသည်ဟု ကြေညာပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် အသက်အာမခံထားသူအား တာဝန်ယူကုသပေးခဲ့သော မည့်သည့်ဆရာဝန်ဖြစ်စေ၊ ပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်စေ၊ ဆေးရုံဖြစ်စေ၊ အာမခံကုမ္ပဏီနှင့် အခြားအဖွဲ့အစည်း၊ အခြားဌာနတစ်ခုခုဖြစ်စေ တို့မှ အသက်အာမခံထားသူ၏ နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှု၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်း၊ တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုတို့ကို Manulife Myanmar အားပေးအပ်ရန် ခွင့်ပြုပါသည်။ /</p> <p>I hereby declare that the information in this form, are full and true to the best of my knowledge. I also authorize any physician and other persons who has attended the life insured and any hospital, insurance company, organization and other institution to furnish Manulife Myanmar, all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment regarding the deceased.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>လက်မှတ်ထိုးသည့်နေ့ရက်/ Signed at Date (DD/MM/YYYY)</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>လျော်ကြေးတောင်းဆိုသူ၏လက်မှတ်</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>ပေါ်လစီပိုင်ရှင်လက်မှတ် (အသက်အာမခံထားရှိသူနှင့်မတူလျှင်)/ Signature of Policyowner (if not the same with Life insured)</p> </div> </div>

မှတ်ချက်။

- လစ်ဟာမှုတစ်စုံတစ်ရာရှိပါက အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုမှုလုပ်ငန်းစဉ် နှောင့်နှေးနိုင်သည့်အတွက် ဤပုံစံကို ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားခြင်းရှိမရှိ ကျေးဇူးပြု၍ သေချာစွာစစ်ဆေးပေးပါ။
- တောင်းဆိုမှုများစာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို ကျွန်ုပ်တို့၏ရုံးခန်း သို့ သင်၏ကိုယ်စားလှယ်မှတစ်ဆင့် သို့မဟုတ် စာတိုက်မှတင်ပို့နိုင်သည်။ အကယ်၍ စာတိုက်မှတစ်ဆင့် တင်ပို့မည် ဆိုပါက မူရင်းစာရွက်စာတမ်းများဖြင့် မတင်သွင်းပါနှင့်။
- အထက်ပါ လိုအပ်သောစာရွက်စာတမ်းများအားလုံးကို လက်ခံရရှိပြီးနောက် လူကြီးမင်း၏တောင်းဆိုချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ဆောင်ရွက်ပြီးရလဒ်ကို ဖြစ်နိုင်သမျှအမြန်ဆုံးအကြောင်းကြားပါမည်။ သို့သော် အချို့သောအခြေအနေများတွင် အထက်ပါစာရွက်စာတမ်းများကိုရရှိပြီးနောက် ကျွန်ုပ်တို့ နောက်ထပ်သတင်းအချက်အလက်များလိုအပ်နိုင်ပါသေးသည်။ သင်အကူအညီလိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝန်ဆောင်မှုသို့ ၀၉ ၇၆၅၇၆၇၁၀၀ သို့ဆက်သွယ်ပါ။
- အကယ်၍ သင်သည် သင်၏ကိုယ်စား တောင်းဆိုမှုဖြစ်စဉ်ကိုကိုင်တွယ်ရန် အခြားပါတီတစ်ခုကို အသုံးပြုပါက ခွင့်ပြုစာလိုအပ်သည်။
- အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုမှုနှင့်ပတ်သတ်၍ စုံစမ်းမေးမြန်းလိုပါက သင့်အာမခံအကြံပေး သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ Customer Service ဖုန်းနံပါတ် ၀၉ ၇၆၅၇၆၇၁၀၀ သို့ ဆက်သွယ်ပေးပါ။

Notes:

- Please check that this form has been fully completed as any omission may delay the claim process.
- All claims documents may be submitted at our office, through your Representative or by post. If you are submitting the documents by post, please do not submit originals.
- Upon receipt of all the above required documents, we will process your claim and inform you of the outcome as soon as possible. However, in certain circumstances, we may require further information after the above documents are received.
- If you are asking another party to handle the claim process on your behalf, an authorization letter is required.
- For any enquiry regarding the claim, please contact our Customer Service Phone Number 09 765467100 or your Manulife Insurance Advisor.